SCHMERZ UND LEIDEN

- Eine kurze Anthropologie der Zerrissenheit -

„Im Schmerz ist so viel Weisheit wie in der Lust…sonst würde er längst zugrunde gegangen sein.“
(F. Nietzsche, Fröhliche Wissenschaft)

Boris Wandruszka, Februar 2007, Stuttgart

1. Fallbeispiel:

An den Anfang meines Vortrages möchte ich ein Fallbeispiel stellen, das ein bekannter Schmerztherapeut berichtet. Er schreibt:

„Eine 47 jährige Patientin *leidet* seit 18 Jahren *unter chronischen Schmerzen* in der linken Brust. Die somatische Diagnose lautet: Mastopathie (gutartige Gewebeverdichtung) zweiten Grades in beiden Brüsten, Zustand nach subkutaner Mastektomie und prothetischer Aufbauplastik der linken Brust. – Das Anamnesegespräch ergibt, dass die Mutter vor 18 Jahren an einem Mamma-Ca der linken Brust verstorben ist. Seit dem Tag der Beerdigung leidet die Patientin unter den Schmerzen in der linken Brust. Zur Diagnose erfolgen eine Reihe von Probeentnahmen mit jeweils benignem Befund. Nach 6 Jahren Schmerzsymptomatik wird eine Mastektomie der linken Brust durchgeführt. Ohne therapeutischen Erfolg schließen sich im Laufe der Jahre mehrfache Revisionsoperationen an. – In der psychologischen Diagnostik beschreibt die Patientin ihre Beziehung zur Mutter als symbiotisch („Mutter und ich waren eins. Sie hat durch mich gelebt und ich durch sie."). Die Mutter habe in ihrer Kindheit absolute Verfügungsgewalt über sie gehabt, auf deren Willensäußerungen sie mit Prügeln bzw. mit der Drohung, es in ein Heim zu schicken, reagiert habe. Auch habe die Mutter die Körpergrenzen des Kindes nicht respektiert, indem sie schmerzhafte invasive Manipulationen am Körper des Mädchens, vor allem im Genital- und Rektalbereich, durchgeführt habe. Die Verschmelzung von Mutter und Kind manifestiert sich in dem Anspruch der Mutter, dass die Tochter bei ihrem Tod „mit in den Sarg gehen" müsste. – Die Erfahrung der Patientin, für die Eltern verfügbar zu sein und kein Recht auf Abgrenzung zu besitzen, wird vom Vater bekräftigt, der sie im Alter von 14 Jahren mehrfach sexuell missbraucht." (*Albert Hürter*. In: Schmerztherapie interdisziplinär, 2002, S. 85, Schattauer, Stuttgart)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kollegen,

aus der Schilderung dieser eindrücklichen Fallvignette möchte ich zwei Begriffe herausheben, die in besonderer Weise miteinander verknüpft sind: „Leiden unter Schmerzen." Schon dieses einfache Sprachspiel, um das mein Vortrag kreisen wird, offenbart eine Zweiheit von Erlebniskategorien, die offensichtlich in einem engsten Verhältnis zueinander stehen: Leiden und Schmerz. Was meinen wir mit diesen beiden für jede Medizin und Therapeutik fundamentalen Begriffe? Und können wir die in ihnen erfassten Phänomene in ihrer Qualität, Struktur, Dynamik, Funktion, in ihrer Genese und in ihrem vitalen und seelisch-geistigen Sinngehalt aufhellen?

2. Der Schmerz als leibhafte Bewegungsgestalt

Der Schmerz ist ein Urphänomen des Lebens, und doch gibt es kaum etwas, das so sehr dem Leben zuwider ist und mit ihm auf Dauer unvereinbar erscheint. *V. v. Weizsäcker* (1987) spricht darum nicht ohne Grund in seinen Schriften „vom erkenntnistheoretisch unlösbaren Lebensphänomen" Schmerz. Wann der Schmerz als Erlebnisqualität in der Welt des Lebendigen auftritt, wissen wir nicht, ja wir können nicht einmal sicher ausschließen, dass primitive Organismen den Schmerz empfinden. Erlebt ein Wurm etwa, der sich, von einem Schuh zertreten, „qualvoll" krümmt, den Schmerzen oder empfindet er ihn nicht?

Wie kaum eine andere Bewegungsgestalt ist es gerade dieses *Bild des Gekrümmtseins*, das uns zum Sinnbild des Phänomens Schmerz geworden ist: Gewalt, Krampf, Niederdrückung, Entstellung und Verlust des Gleichgewichtes, aber auch Gegenwehr und Kampf drücken sich darin plastisch aus:

1. Folie: Bilder der Schmerzverkrümmung

Wie die Darstellungen zeigen, spiegelt sich im schmerzgekrümmten Dasein ein *radikal drohender Selbst-Verlust durch eine Selbstzerreißung bzw. Selbstdesintegration* wider oder, wie es *Weizsäcker* (1987) sagt, die Überwältigung des Ich durch ein Es: Im leiblichen Schmerzerleben scheint, wie *T. Fuchs* (2002) sagt, die Zeit wie in einen Punkt zusammengedrückt, der Atem stockt, der Schmerzgequälte ist eingeengt und auf paradoxe Weise in sich zurückgebogen, ohne doch in sich ruhen zu können, wie *H. Schmitz* (1965) betont. Der Betroffene befindet sich in einer Art unmittelbarem Außer-sich-Sein, in einer Zwangsekstase. Man sieht: Auch wenn der Schmerz ein originäres Lebensphänomen ist, so wirkt er doch auf dasselbe nicht nur alarmierend und gestaltgebend, sondern auch verkrümmend, entfremdend, zerstörend, als „entlebendigend" zurück.

3. Die phänomenologische Grundstruktur der Schmerzempfindung

3.1. Die qualitative Strukturbestimmtheit des Schmerzen

Wie ist das möglich? Lässt sich diese vital-existentielle Widersprüchlichkeit und Dialektik des Schmerzgeschehens begreifen? Eine kurze phänomenologische Wesensbestimmung des Schmerzphänomens

möge uns in der Beantwortung dieser Frage weiterhelfen. Da ist als Erstes zu sagen: Wenn auch, was niemand leugnet, der Schmerz mit vielerlei physiologischen, sensorischen, affektiven, kognitiven und motorischen Reaktionen verbunden ist (vgl. Schmerzkompendium 2005),

2. Folie: Komponenten des leiblichen Schmerzen

- Biochemisch-physiologische Veränderungen (bes. sensorisch, vegetativ)
- Affektive Reaktionen (situative und transsituationale, emotional bedeutsame Beziehungsmuster)
- Kognitive Bezüge der Schmerzwahrnehmung (aktuelle Situation und biografische Zusammenhänge)
- Motorische Reaktionen/Handlungen/Gewohnheiten

Im Kern aber, als Wesensbedingung ist der Schmerz
eine qualitative Sinnesempfindung

so ist er doch im Kern eine *Sinnesempfindung* und gehört damit in die große Klasse jener Qualitäten, die uns *den Leib als Leib* erst erfahrbar werden lassen, also zu den sinnlich vermittelten Empfindungen der Farben, Geräusche, Düfte, Geschmäcker, zu den Warm-Kalt-, Berührungs-, Druck-, Dreh- und Schwereempfindungen, weiter zu den komplexen Hunger-, Durst-, Lust-Unlust- und vielen anderen Empfindungen wie Jucken, Brennen, Schwindeln, Übelkeit usw. Ohne alle diese Empfindungen würden wir nichts von unserer Leiblichkeit wissen, was heißt, dass mit ihnen der Leib konstituiert wird – durch wen oder was auch immer.

Diese Empfindungen lassen sich in mehrfacher Hinsicht ordnen.

3. Folie: Ordnungen der Leibesempfindungen (1)

1. Lokale Empfindungen: Farben, Gerüche, Druck, Berührung, Wärme, Kälte etc.
2. Allgemeine Vitalempfindungen: Kraft, Müdigkeit, Frische, Erschöpfung
3. Dang- oder Triebempfindungen (leibliche Bedürfnisse): Atem, Hunger, Durst, Schlaf, Ausscheidung, Wollust, Ruhe, Bewegung etc.

Da sind erstens die *lokal-umgrenzten Empfindungen* zu nennen wie eine Druckempfindung, zweitens die *ganzkörperlichen Vitalempfindungen* wie gewisse Frische-, Kraft- oder Schwächeempfindungen und drittens die *Drang- oder Triebempfindungen* wie Hunger, Durst, Schlafdrang und Wollust, für die die Einheitsdifferenz von Mangel und Begehren konstitutiv ist.

Wieder in anderer Hinsicht

4. Folie: Ordnungen der Leibesempfindungen (2)

objektständig (exterozeptiv-epikritisch) – leibständig (interozeptiv-protopathisch) - grenzständig

unterscheiden wir mittels der Fern- und der Nahsinne die *objektständigen, epikritischen Empfindungen*, die phänomenal an den Dingen der Welt haften, eine genauere Differenzierung der Weltgegenstände erlauben und intersubjektiv vermittelbar sind, da vor allem die Farben, Geräusche, Düfte und Geschmäcker, und die *leibständigen, protopathischen Empfindungen* wie Lust, Unlust, Jucken, Brennen, Schwindel, Übelkeit, Hunger usw., die nur dem unsichtbaren Inneren des Leibes angehören, Bedürfniszustände des Leibes anzeigen und nicht objektiv wahrnehmbar, insofern nicht kommunikabel sind. Dazwischen liegen *weltleibliche Empfindungen* wie die Empfindungen der Wärme, Kälte, Schwere (z.T. auch der Farben, Gerüche und Düfte), die sowohl an den Weltdingen als auch am Leib vorkommen. Wir können sie *Übergangs- oder Grenzempfindungen* nennen.

Interessant ist auch die Differenzierung der Sinnesqualitäten nach ihrer vorwiegenden Raum-Zeitstruktur:

5. Folie: Ordnungen der Leibesempfindungen (3)

0-raumdimensional-zeitlich-dynamisch
(sekundär auch dreidimensional): Klang, Geräusch

Zweidimensional-statisch
(scharf begrenzt, sekundär auch dreidimensional und dynamisch): Farben

Zweidimensional-dynamisch (unscharf begrenzt): Berührung

Dreidimensional-statisch (unscharf begrenzt): Duft, Geschmack

Dreidimensional-dynamisch: Temperatur, Schwere, Druck, Schwindel, Bewegung, Jucken, Schmerz, Hunger, Durst, Wollust, Müdigkeit, Atemdrang

Wie reiht sich in diese Systematik der Schmerz ein? Der Schmerz als leibliche Sinnesqualität ist immer eine leibinnere (interozeptive), darum objektiv nicht wahrnehmbare, meist lokale, in selteneren Fällen wie z.B. schweren Erschöpfungszuständen oder der Fibromyalgie (*Keller* 2002) auch ganzkörperliche Empfindung von enormer Dynamik. Wir erleben ihn im oder am Leib, nie an den Weltdingen; in diesen Hinsichten ähnelt er dem Jucken, einer Kalt- oder einer Schwereempfindung. Außerdem können beide Empfindungsgruppen mit Unlust verbunden sein, ja der Unlustaspekt gehört regelhaft zum Schmerzen dazu. Was aber macht seine spezifische Qualität aus?

Ziehen wir einige Beispiele heran, etwa den scharfen, spitz-glühenden Zahnschmerz, den dumpf-drückenden, kolikartigen Bauchschmerz und den jäh wie ein Blitz einschießenden, brennenden Trigeminusschmerz, dann sehen wir bei aller Verschiedenheit doch ein Gleiches: Im Gegensatz zum Jucken oder zu einer Warmempfindung *bohrt* sich der Schmerz in den Leib hinein, er *reißt* an ihm, ja droht ihn in seinen schlimmsten Formen zu *zerreißen*. Auch macht er sich qualitativ breit und verdrängt andere Leibempfindungen, die wir ansonsten an der betroffenen Leibstelle spüren. Er wird daher eindeutig als ein *Zuviel* erlebt, als etwas, das da nicht hingehört, als ein *Fremdes,* wie *Buytendijk* 1955, Weizsäcker und Gebsattel hervorheben, als ein Nichthingehörendes, das die Tendenz zu einer *relativen Autonomie* hat. Der Schmerz stellt demnach einerseits ein Zuviel an Leiblichkeit dar und andererseits, indem er die sonstige Leibempfindung stört oder gar aufhebt, ein *Zuwenig*. Letzteres wird in den Fällen deutlich, in denen der Schmerz gewisse Empfindungen und Bewegungen blockiert, z.B. den Schlaf vertreibt, den Appetit hemmt, die Libido aufhebt oder eine Schonhaltung nach sich zieht.

Diese Charakterisierung impliziert etwas Entscheidendes: Im Zuviel und Zuwenig der leiblichen Schmerzerfahrung ist (vor aller Stellungsnahme und Reflexion des Subjektes) eine *leibimmanente Wertung* am Werk, die einem jeden Schmerzen innewohnt und nicht unserer personalen Sphäre entstammt, sondern schon rein vital da ist und gleichsam, wie *Weizsäcker* (1987) sagt, als ein Es-Ereignis, als ein Fremdkörper, ein Fremdleib im Eigenleib imponiert.

Zusammengefasst machen folgende Momente die phänomenologische Gestalt des Schmerzphänomens aus:

6. Folie: Die qualitative Struktur des Schmerzen

- leibständig und interozeptiv (daher objektiv nicht erfahrbar)
- meist lokal, seltener leiballgemein
- impulshaft (Schmitz)
- dynamisch-dreidimensionales Zuviel an sinnlicher Qualität
- ein Zuwenig an harmonisch-sinnlicher Leiberfahrung
- bohrend, reißend, zerreißend, entzweiend, entfremdend („Es-Ereignis", Weizsäcker)
- mit leibimmanenter Wertung („Weg!", „So nicht!", Weizsäcker)
- relative Autonomie, leibliche Verselbständigung (Fremdkörper, Fremdleib)
- Symbol: Feuer, Brand (z.B. in Träumen)

3.2. Der vitale Sinn der qualitativen Bestimmtheit der Schmerzempfindung

Was macht dieses eigenartige Phänomen Schmerz möglich und welchen Sinn mag es haben? Nun, wir verstehen die qualitative Eigenart des Schmerzen, wenn wir sie in den Gesamtkontext einer Schmerzerfahrung stellen. Denn in der Regel tritt der Schmerz auf, wenn eine Gewebeläsion droht oder bereits eingetreten ist, wenn also eine organismische Dehiszenz, eine leibliche Zerreißung, eine leibimmanente Trennung statthat. Genau das

spiegelt sich im Schmerz als Qualität wider: Etwas *reißt im Leib oder droht ihn zu zerreißen*; *etwas, ein Fremdes, ein Zuviel, bohrt oder brennt sich wie Feuer in den Leib hinein*. Wir könnten es auch so formulieren: Der Leib hat eine Empfindungsqualität erfunden, die unmittelbar die Zerstörung leiblichen Empfindens, ein leibliches, also leibimmanentes Trennungs- und Auflösungsgeschehen anzeigt.

Das ist aber noch nicht alles: Der Schmerz bohrt sich nicht nur förmlich ins Fleisch hinein und zeigt damit das Eindringen von etwas Fremdem, von etwas dem Leib Transzendenten an, sondern er evoziert eine *Gegenbewegung*, eine Fluchtreaktion: ein „Weg damit!" oder „Weg davon!", wie *H. Schmitz* (1965) und *Weizsäcker* (1987) betonen. Alle Versuche, den Schmerz mittels Ruhigstellung, Schonung, Rückzug, Sichverstecken, Tröstung zu lindern, sind Verhaltensweisen, mit denen das Bohren des Schmerzen gestoppt werden soll. Teleologisch oder funktional betrachtet steckt hinter dem Schmerz demnach der vitale Sinn, sich leibhaftig um ein bedrohtes bzw. krankes, verletztes Körperteil zu kümmern, es zu schützen, es aus dem Kampfgetümmel des Lebens und seinen Gefahren zurückzuziehen und zu umsorgen. Gegenüber dieser vitalen Funktion scheint mir die dem Schmerz oft zugeschriebene Potenz, das Körperschema aufzubauen und die Körpergrenzen deutlich zu machen (vgl. *Rassek* 1989), ja überhaupt, wie *Schmitz* (1965) sagt, „Bürge der Individuation" und der Bewusstseinssynthese zu sein, zwar von großer, aber sekundärer Bedeutung zu sein.

Der Schmerz ist also ein Stachel, der weckt, reizt, alarmiert, in Bewegung versetzt, aber auch sticht, bohrt, stört, lähmt und sogar zerstören kann. Seine biologische Funktion als Warnsignal[1] liegt auf der Hand, aber sie wird nur in engen Grenzen von Intensität, Dauer und Ausbreitung erfüllt. Am besten erfüllt ein Schmerz seinen Dienst am Leben, wenn er so bald wie möglich überflüssig wird und verschwindet. Wir sehen: Der Schmerz ist ein zweischneidiges Schwert, eine prekäre, primär lebensbewahrende, aber potentiell lebenszerrüttende Empfindungsrealität.

3.3. Die sachlogische und quantitative Bestimmtheit der Schmerzempfindung

7. Folie: Die quantitative und sachlogische Struktur des Schmerzen

Quantitativ: räumlich, zeitlich, nach der Intensität, zahlenmäßig

Formal (sachlogisch/kognitiv): gemäß der Bedingungsverhältnisse

Der Schmerz ist aber nicht nur sinnliche, empfindungshafte Qualität, sondern weit mehr: Seine Qualität erstreckt sich nämlich in Raum und Zeit, weist Intensitätsgrade auf und steht in sehr verschiedenen sachlogischen Zusammenhängen. Räumlichkeit, Zeitlichkeit und Stärke fasse ich als die im weitesten Sinne quantitative Seite der Schmerzempfindung, als Maß der Schmerzen auf. So gibt es z.B. sehr verschiedene Intensitäten, Dauerformen und Rhythmen der Schmerzempfindung. Davon ist die sachlogische Seite der Schmerzempfindung zu unterscheiden. Wenn wir z.B. sagen, dass ein Gesichtsschmerz durch die Dysfunktion eines Hirnnerven bedingt ist und von einem psychischen Stress ausgelöst wurde, dann ist das kein primär quantitatives, sondern ein sachlogisches Verhältnis, also das Verhältnis von einem Bedingten mit einem Bedingenden. Rein phänomenologisch können wir feststellen, dass das quantitative und das sachlogische Moment des Schmerzen nur mit und an der Sinnesqualität der Schmerzempfindung erfahren werden kann, die Qualität also gegenüber der Quantität und dem logischen Zusammenhang primär ist, ganz im Gegensatz zur Auffassung von *J. Locke* und der modernen Neurobiologie, die die quantitativen Eigenschaften der Sinneswahrnehmung für primär ansetzen und die qualitativen Eigenschaften in einem diffusen Begriff von Subjektivität verschwinden lassen.

3.4. Die Herkunft der Schmerzempfindung

Es kann kein Zweifel sein, dass die Schmerzempfindung wie alle Leibempfindungen nicht vom Subjekt, insofern es ein Bewusstseinswesen ist, erzeugt wird. Wer von Geburt an blind ist, kann sich, wie schon *Aristoteles* in „De Anima" betonte, unmöglich die Farben vergegenwärtigen. Analoges gilt für Klänge, Gerüche, aber auch für Schmerzempfindungen (nicht aber so von Gefühlen, Affekten, Emotionen!). Aus diesem Tatbestand müssen wir schließen, dass es der Leib ist, der diese Qualitäten erzeugt, wenn auch auf uns verborgene Weise, und sie dann gleichsam an unser Erleben und Bewusstsein heranträgt. Als Bewusstseinswesen sind wir gegenüber den

---

[1] *H. Schmitz* bestreitet dem Schmerzphänomen, Warnsignal zu sein, ja er spricht ihm jede Qualität ab und spricht ihm nur die Impulshaftigkeit zu. Die spezifische Qualität der Schmerzempfindung erleben wir aber unmittelbar, sie unterscheidet sich charakteristisch von mechanischen, chemischen oder Temperaturqualitäten. Außerdem schließen sich Impulshaftigkeit und spezifische Qualität gar nicht aus: Auch der Hunger, die Wollust, der Durst etc. haben neben ihrer besonderen Qualität eine impulshaft-drängende Komponente. Für die Warnsignalfunktion des Schmerzen spricht, dass periphere Nerven zu 50% aus schmerzleitenden Fasern bestehen und der Organismus ein sehr komplexes eigenständiges System entwickelt hat, um den Schmerz sensorisch, vegetativ, affektiv, kognitiv und volitional zu verarbeiten.

Leibqualitäten wesentlich rezeptiv eingestellt, wenigstens was ihre ursprüngliche Erzeugung betrifft. Wie viele berühmte Beispiele beweisen, z.B. der Fall des tauben Beethoven, können aber einmal erlebte Qualitäten sehr wohl in reicher und hochdifferenzierter Weise erinnert und weitergestaltet werden. Diese prinzipielle Erinnerbarkeit von Leibempfindungen spielt dann eine große Rolle bei den so genannten somatoformen Schmerzstörungen, die weder auf einen schmerzerzeugenden Reiz noch eine neurogene Leitungsstörung zurückgeführt werden können, sondern wesentlich das Produkt einer „erinnernden Phantasie" sind, die ehemals real erfahrene Schmerzen weitgehend unbewusst evoziert und imaginativ in eine Leibregion projiziert. In der oben angeführten Fallschilderung liegt dieses äußerst rätselvolle und schwierig zu verstehende Phänomen vor. Dazu bedürfen wir aber einer Aufklärung eines weiteren Phänomens: des Leidens.

Halten wir also fest: der Schmerz ist eine spezifische Leibempfindung, meist lokal begrenzt und immer interozeptiv-leibständig, ja leibreflexiv. Durch seine leibhaftig reißend-bohrend-zerreißende Dynamik zeigt er eine drohende oder eingetretene Entfremdung und Desintegration des Leibes an, darin gründet der vital-biologische Sinn des Schmerzen. Wirkt dieses zerrüttende Bohren jedoch weiter, dann wird er selbst zur Quelle von Entfremdung und Desintegration.

4. Die Grundstruktur des Leidens

Im naiven Selbst- und Welterleben besteht die Tendenz, Schmerz und Leiden gleichzusetzen, und auch *Weizsäcker* (1987) ist bestrebt, den leiblichen Schmerz und das Leiden auf einen einheitlichen vitalen Lebensgrund zurückzuführen. Die Erfahrung lehrt aber, dass dem nicht so ist. Welche affektiv-emotionale Qualität einem körperlichen Schmerzen zukommt, ist apriori offen. So äußern viele Frauen, dass sie sehr wohl die sinnlich-leibliche Qualität der Geburtsschmerzen spüren, aber nicht darunter litten, sondern sie gleichsam als notwendige Begleiterscheinung des Geburtsvorganges erleben. Im Gegenteil herrscht im Falle, dass das Kind erwünscht trotz, trotz der Schmerzen eine leidfreie, ja glücklich-kämpferische Gestimmtheit vor. Interessanterweise ist dies ganz anders, wenn sich die Frauen mit der Geburt bzw. dem Kind nicht identifizieren können. Der Schmerz ist also nicht notwendig ein Leid und wird nicht notwendig und immer als Übel erlebt. Was aber passiert mit einem Menschen, wenn der Schmerz zum Leid wird, er also, wie die deutsche Sprache treffend sagt, an oder sogar unter dem Schmerzen leidet?

4.1. Die dynamisch-dialektische Diskrepanz als Grundstruktur des Leidens

Auch wenn wir im Falle, dass wir leiden, immer an oder unter etwas leiden, so muss dieses Woran des Leidens keineswegs eine leibliche Realität sein. Wir können an sozialen Ungerechtigkeiten leiden, an unserer Vergänglichkeit, unserer beschränkten Intelligenz, unter der ungewissen Zukunft – wir können an allem und nichts, ja auch, wie *Heidegger* so stark betonte, vor allem am Nichts im Sinne der Nichtigung unserer Existenz leiden (vgl. *Lütgehaus* 2005).

Diese Grundtatsache beweist, dass jedem Leiden eine *Intentionalität* innewohnt, und zwar eine *personale, keine wie im Falle des leiblichen Schmerzen bloß vitale Intentionalität*: Das Leiden entspringt nicht primär dem Leib (wie der Schmerz), sondern dem personalen Kern des Menschen; darum ist das Leiden immer auch ein Leiden an sich selbst und besitzt wenigstens implizit eine reflexive Komponente. Eben dadurch ist es wesentlich personaler, wesentlich ichhafter Natur.

Diese Intentionalität hat nun aber eine besondere Struktur und Qualität. Denn sobald wir leiden, leiden wir an etwas, das wir zum einen gezwungenermaßen erfahren und wahrnehmen, zum anderen vergeblich loszuwerden, zu beseitigen suchen. Aus diesem einfachen Zusammenhang können wir alle wesentlichen, primär verborgenen Implikate der phänomenologischen Grundstruktur des Leidens herauslösen.

Zunächst gilt, dass das Woran des Leidens, insofern es wahrgenommen wird, grundlegend bejaht wird. Philosophisch formuliert spreche ich von der *Leidposition*: Irgendeine reale oder imaginäre Wirklichkeit wird im Leiden vom Leidenden als daseiend bejaht. Charakteristisch für das Leiden ist aber nun, dass diese Bejahung *erzwungen* ist. Wenn ich eine beängstigende Veränderung an meinem Körper feststelle; wenn ich arbeitslos werde; wenn mein Partner verstirbt, dann muss ich etwas als Realität anerkennen, das ich freiwillig nicht herbeiwünschen würde. Kurz: Ich erleide irgendein *Widerfahrnis*, das ich schon allein aufgrund seiner Wahrnehmung affirmiere, affirmieren muss, da ich es anders nicht wahrnehmen könnte.

Doch nun geschieht das Entscheidende: Schon in dieser Affirmation, zeitgleich, wenn auch ontologisch später, erfolgt eine Negation, denn indem ich an etwas leide, will ich es schon loswerden. Ich nenne diese Aktkomponente im Leiden die *Leidnegation*. Für das Leiden charakteristisch ist nun, dass diese Leidnegation, wenigstens solange wie ich leide, nicht gelingt, sich in ihrer Intentionalität nicht erfüllen kann, *vergeblich ist oder misslingt*. Und eben dadurch entsteht das für alles Leiden wesensbestimmende dritte Moment: die *innere*

Diskrepanz, die Leidenszwietracht oder Zerrissenheit im Leiden: Ich erfahre unfreiwillig etwas, das ich freiwillig, aber vergeblich aufzuheben suche.

Diese komplexe Aktfigur des Leidens lässt sich in folgende Elemente differenzieren, zunächst in den Leidensring:

8. Folie:
Der Leidensring von Leidendem – Leidensvollzug (Leidensakt)
– Leidensgegenstand (Übel)

Da ist ein Leidender (ein Subjekt, ein Wer oder Was), der an etwas, nämlich an einem Übel (dem Leidensgegenstand), in einer bestimmten Weise, was ich den *Leidensvollzug* nenne, leidet. Beispiel: Eine Mutter verliert ihr Kind und leidet darunter in der Weise einer tiefen Trauer. Die Mutter ist das leidende Subjekt, der Verlust des Kindes der Leidensgegenstand, die Trauer die Art und der Vollzug des Leidensaktes. Diese Dreiheit finden wir in jedem Leiden, auch dann, wenn z.B. der Gegenstand des Leidens völlig diffus ist wie beim Grauen oder verdrängt wird wie im Falle einer Neurose oder unbestimmt ist wie bei der Heideggerschen Existenzangst.

In diese umfassende Leidensstruktur, den so genannten *Leidensring*, gliedert sich eine weitere Struktur ein, die ich schon erläutert habe. Sie ist die allgemeine Strukturbestimmtheit des Leidensaktes, also des Leidensvollzuges, des zweiten Elementes im Leidensring.

9. Folie: Die Struktur des Leidensaktes: die dynamisch-statisch-dialektische Diskrepanz

Leidposition: erzwungene Wahrnehmung und Annahme des Übels

Leidnegation: vergebliche Leidverneinung, frustrane Auflehnung

Leidensdiskrepanz: ohnmächtige, zwischen Hinnahme und Abwehr oszillierende Leidenszwietracht, zugleich dynamisch und statisch

Denn aus der unfreiwillig-erzwungenen Leidposition und der gleichzeitigen vergeblichen Leidnegation erwächst zeitgleich, nur strukturell später, die Leidensdiskrepanz. Sie hat interessanterweise zugleich einen dynamischen und statischen Charakter. Denn da die Leidnegation, solange ich leide, scheitert, bin ich in mein Leiden gebannt, bin darin eingemauert, von der unerfüllten Intentionalität der Leidnegation blockiert. Zugleich aber drängt im Leiden alles in oft quälender Weise über das Leiden hinaus und sucht die Leidfreiheit. Diesen Drang nenne ich die *Selbsttranszendierungstendenz des Leidens*, die wesentlich auf einen *Wunschimpuls im Leiden* zurückgeht. Wir verwünschen nämlich das Übel, das uns drückt, und erwünschen uns seine Aufhebung. Das Wunschleben ersetzt also psychodynamisch betrachtet die Handlungsohnmacht im Leiden. Im Leiden erstreben, erwünschen wir eine glückende Tat, aber sie gelingt uns nicht. Das macht die quälende Qualität besonders schwerer Leiden wie der schweren Depression, der Angststörung, der Hypochondrie, aber auch einer unheilbaren Krebserkrankung, einer sozialen Isolierung, einer politischen Verfolgung usw. aus. Hier schreit alles nach der erlösenden Tat, aber die richtige, die adäquate Handlung steht nicht zur Verfügung. Dieser Umstand erklärt auch, warum leidende Menschen so oft „agieren“, d.h. irgendwie, wenn auch inadäquat, zu handeln versuchen. Besitzt ein Leiden eine stark extrovertiert-expressive Komponente wie z.B. im Falle der hysterischen Neurosen oder der Borderline-Kranken, dann macht das Agieren eine Wesenskomponente dieser Leiden aus.

Wenn wir uns die dynamisch-statische Diskrepanzstruktur des Leidens vergegenwärtigen, dann verstehen wir, warum alle Leiden, besonders aber wenn sie andauern oder intensiv sind, die Kräfte und Energien eines Menschen bis ins Leibliche hinein aufzehren, eben weil das Leiden gleichsam in sich wühlt, also alles andere als passiv ist, nichtsdestotrotz aber nicht vorankommt, also blockiert ist. Dieser innere Widerspruch erklärt das „Oszillieren“ des Leidens, seine Unentschiedenheit und Offenheit. Es kann zu einer Neubesinnung führen, aber auch zu einer Verhärtung und Verzweiflung. Vor allem verstehen wir, dass jedes Leiden im Kern eine Zerrissenheit ist, ein Widerspruch, eine Unentschiedenheit (*Weizsäcker* 1987), so zu sagen eine fundamentale Verzweiflung: *Ich muss etwas sein, was ich nicht sein will, und kann nicht sein, was ich doch bin und sein muss..* Die erlebte seelische Qualität dieser Zerrissenheitsstruktur ist nun nichts anderes als der erlebte seelische Schmerz, das Weh.[2]

---

[2] Die Qualität der Schwere, des Druckes im Leiden wird dagegen erstens durch das Maß des erleidenden Übels bestimmt, zweitens durch die Hemmung der Handlungsfähigkeit im Leiden und seine Vergeblichkeit und drittens (wie Freud erkannte) durch den Wunschdruck, vom Leiden befreit zu sein. Vor allem im Falle eines hoffnungslos andauernden, unabwendbaren Leidens baut sich dieser Leidensdruck auf (vgl. B. Wandruszka, Leiden und Last, 2000, Vortrag, Würzburg, unveröffentlicht)

10. Folie

Schmerz = Weh =
seelische Diskrepanz, Selbst-Zerrissenheit, Unentschiedenheit, dynamische Ohnmacht (dringliches Begehren und Handlungshemmung)

Dieses seelische Wund- und Wehsein ist in seiner Kategorialstruktur etwas fundamental anderes als ein körperlicher Schmerz (es ist selbstaktiv, personal, reflexiv, primär unräumlich, während der leibliche Schmerz räumlich ausgedehnt ist und nicht von sich selbst weiß), und doch hat es, wie Weizsäcker sah, *eine analoge Struktur*, eben die dynamisch-statische Diskrepanz mit ihren Momenten des Bedrängenden, der Not, des Konfliktes, des Risses, der Entfremdung, des Unentschieden-Krisenhaften, des Verhängnisses und des Nicht-sein-sollenden.

11. Folie: Analoge Momente von Schmerz und Leiden

die Bedrängnis
die Not
der Konflikt
der Riss
die Entfremdung
das Verhängnisvolle
das Unentschieden-Krisenhafte
das Nicht-sein-sollende
die Entscheidungsdringlichkeit.

Und eben in diesem Umstand gründet die Erfahrungstatsache, dass seelische Leiden wie Angst, Trauer, Zorn, Scham körperliche Schmerzen und umgekehrt körperliche Schmerzen seelische Nöte, Ängste, Trauer, Wut auslösen können. Die moderne Neurobiologie bestätigt dies, wenn sie nachweist, dass die räumlich getrennten Neurokorrelate der Schmerzempfindung (im postzentralen Gyrus) und der affektiv-emotionalen Verarbeitung (im anterioren Cingulum und präfrontal) miteinander verkoppelt sind und synchron resonieren können (aber nicht müssen!).

4.2. Der Leidenskalkül oder die (affektiven, kognitiven und volitionalen) Grundformen des Leidens

Aus der dynamisch-dialektischen Grundstruktur des Leidens, also aus der diskrepant-zwieträchtigen Einheit von auferlegter Leidwahrnehmung, frustraner Leidbekämpfung und daraus folgend innerer Leidenszerrissenheit lässt sich eine endliche Anzahl grundsätzlich möglicher Umgangsformen mit dem Leid ableiten. Überwiegt nämlich die Leidposition bzw. verdichtet sich zur Leidakzeptanz, dann erhalten wir all jene Leidensformen, in denen die Bejahung, die Hinnahme des Leids überwiegt. Emotional sind dies z.B. die Wehmut, die Trauer, die eingestandene Schuld, die Reue und die Sorge. Kognitiv kann sich die Leidbejahung darin ausdrücken, das Leiden verstehen und seine berechtigten oder gar sinnvollen Aspekte wahrnehmen zu wollen. Und volitional-pragmatisch stellen Haltungen wie die Ergebung, die Demut, die Entsagung Formen der Leidhinnahme dar. Überwiegt dagegen im Leiden der Versuch der Leidnegation, der Leidaufhebung, der Revolte, dann erhalten wir all jene Formen, in denen die Leidverneinung gegenüber der Leidbejahung überwiegt. Hierbei tauchen zwei Untergruppen auf. In der ersten Gruppe überwiegt ein Moment des Rückzuges und der Flucht, also der Versuch, dem Leid „passiv“ aus dem Weg zu gehen; in der zweiten Gruppe überwiegt der Impuls, das Leid durch Angriff, Auseinandersetzung, Kampf, also aktiv zu überwinden. Emotional entsprechen der ersten Gruppe die Gefühle der Scheu, der Furcht, der Angst, der Scham, des Schreckens, des Entsetzens und des Grauens; der zweiten die Gefühle der Unzufriedenheit, des Unmutes, des Ärgers, des Zorns, der Wut, des Hasses, des Neides usw., also die „aggressiven“ Gefühle. Kognitiv stellen sich die beiden Gruppen einerseits als gedankliche Vermeidung bzw. Verdrängung und andererseits als gedanklich effektive Auseinandersetzung oder auch als uneffektives Grübeln dar. Pragmatische Handlungsformen sind demgegenüber die Flucht bzw. die praktische Vermeidung und der Angriff. Schließlich kann im Leiden weder die Leidbejahung noch die Leidverneinung überwiegen, sondern beide können sich das Gleichgewicht halten. Dann haben wir die schwersten Leidensgestalten, die der lähmend-oszillierenden Zerrissenheit, vor uns. Emotional imponieren sie als Verzweiflung, depressive Resignation, Scham, quälend-unerlöste Schuld, Verbitterung, Gram usw.; kognitiv als gedankliche Blockade, Grübeln und Unentschiedenheit; und volitional als Handlungslähmung, Unentschlossenheit oder als zielloses Agieren. Alle die genannten Gruppen von Leidensgestalten werden umrahmt von zwei extremen Leidensformen: auf der einen Seite von der völligen Leidensunfähigkeit, der Apathie (Katatonie), auf der anderen Seite von der völligen Leidensenthemmung, der Raserei, dem Amoklauf, der „Leidenswut“. Jenseits dieser beiden Extreme sind keine grundlegenden Leidensgestalten mehr denkbar, weswegen sich der Kreis der grundsätzlich möglichen affektiven,

kognitiven und volitionalen Leidensgestalten schließt. Er umfasst eine Palette, die von der Apathie über die Trauergruppe, die Angstgruppe, die Wutgruppe zur Verzweiflungs- und zur Hyperpathiegruppe reicht. Da letztere bekanntlich leicht in die erste umschlägt und umgekehrt, bildet sich in der Tat ein Leidenskreis bzw. spezifischer ein pathischer und evtl. auch pathologischer Affektkreis.

12. Folie: Der Leidenskreis

Dieser Leidenskreis umfasst allerdings nicht alle möglichen Leidensgestalten, sondern nur jene, die die Folge einer psychischen Reaktion bilden. Klassisch gilt dies für die reaktiven Emotionen, die gemeinhin Affekte genannt werden, also etwa für die Angst, die Wut, die Trauer usw., die stets eine emotionale Antwort auf ein Widerfahrnis oder auch nur eine Anmutung sind. Ihre Leidensformen sind im Leidenskreis vollständig erfasst. Darüber hinaus gibt es aber Leidensgestalten, die nicht auf einer Reaktion beruhen, sondern Ausdruck einer Initiative oder einer Haltung bzw. Stimmung sind. Das gilt vor allem für die initiativen, zukunftgerichteten Gefühle, die Wunschstrebungen. Zu ihnen zählen die Sehnsucht, die Begierde, die Sucht, auch die Hoffnung, die Zuversicht, die Enttäuschung. Letztere ist schon wesenhaft leidvoller Art, doch auch die Sehnsucht oder die Hoffnung können, wenn sie etwa unerfüllbar erscheinen, Leidcharakter annehmen. Von den reaktiv-rückwärtsgerichteten und den initiativ-vorwärtsgerichteten Seelenbewegungen unterscheiden sich jene Zustände, die in der Gegenwart ruhen. Im emotionalen Bereich sind dies vor allem die Stimmungen wie die Heiterkeit, die Gelassenheit, leidvoll dann die Verbitterung, der Gram, die Unzufriedenheit, die Ängstlichkeit, die Gereiztheit, der Missmut usw. Natürlich gibt es von allen Arten seelischer Akte und Zustände auch die entsprechenden kognitiven und volitionalen Ausprägungen. Initiativformen des handelnden Geistes sind z.B. der Entschluss, der Vorsatz, die Intention, die Durchsetzung, die Wahl; praktisch-zuständlich dagegen sind die Entschlossenheit, die Unentschlossenheit, die Unerschütterlichkeit, die Gelassenheit. Im kognitiven Bereich gehören das Interesse, die Neugier, der Forschungsdrang usw. zu den initiativen Akten, während die Besonnenheit, die Unbesonnenheit, die Weisheit, die Dummheit usw. zuständlicher Natur sind.

Das für diese Arbeit wichtigste Ergebnis ist aber die Einsicht in das Wesen des seelischen Schmerzes. Er ist nichts anderes als die dynamisch-statisch-dialektische Diskrepanz in nuce, also gleichsam eine Verzweiflung, eine Zerrissenheit im Kleinen. Als solche besitzt er seine eigene, vor allem emotionale Qualität, die von der sinnlich-leiblichen Qualität des körperlichen Schmerzes oder anderer körperlicher Leiden wesentlich verschieden und keineswegs identisch ist, wie Weizsäcker und T. Fuchs meinen. Im körperlichen Schmerz bedroht ein Es das Ich, oder anders: Der Leib bedrängt das Icherleben und engt es ein; im Leidensschmerz ist dagegen das Ich als Ich zerrissen und mit sich uneins, und die Quelle dieser Zerrissenheit liegt in ihm selbst (wenn auch in vielen Fällen der Anlass ein äußerer sein mag). Der körperliche Schmerz bohrt sich primär aus dem Leib kommend in den Leib, dann sekundär auch in das Icherleben. Im Leidensweh sitzt der Stachel tiefer und bohrt sich, primär der psychischen Sphäre entstammend, in die personale Sphäre ein.

4.3. Tiefenpsychologie und Psychodynamik des Fallbeispiels

Auf diesem Hintergrund können wir das oben genannte Fallbeispiel neu betrachten. Wir verstehen nun, wie die Patientin eine seelische Not, nämlich letztlich einen Gefühlskomplex von Trennungstrauer, Verlassenheitsangst und Trennungswut (welche Wut wahrscheinlich wieder Schuld- und Schamgefühle weckt) nicht unmittelbar, sondern real-symbolisch als leibliche Verstümmelung und leiblichen Schmerz in der Brust wahrnimmt und eben an dieser Brust auch zu bewältigen sucht. Das gelingt ihr, indem sie sich über die Brustamputation mit der Mutter gleichsetzt, so die Trennung und den Verlust rückgängig macht und auf diesem Wege Verlassenheitsangst und Verlassenheitswut bannt (vgl. *Geißler*, Analytische Körperpsychotherapie, 1998). Denn zum einen sie stellt wieder die ersehnte Symbiose mit der Mutter her, tröstet also ihre Trennungstrauer und mildert die Verlassenheitsangst. Zum anderen agiert sie auf diese Weise auch ihren unterdrückten Hass auf die übergriffige und manipulative Mutter (einschließlich des Vaters), damit auch den Hass auf sich selbst aus und stillt ihre verdrängten, durch den Hass evozierten Schuldgefühle mit der Operation und den andauernden Schmerzen im Sinne einer Selbstbestrafung. Das Symptom ist also klassischerweise überdeterminiert, eine Leistung, die nur durch die Komplexität des unbewusst-bewussten psychischen Lebens begreiflich wird und rein biologistisch oder leibphänomenologisch ein Rätsel bliebe. Wahrscheinlich hat die Patientin darüber hinaus in den allmächtigen Ärzten ihr Vaterverhältnis reinszeniert (vgl. *Nissen*, Affekt und Interaktion, 2003) bzw. die Ärzte gedrängt, iatrogen mitzuagieren. Im Letzten aber erreichte sie natürlich auf diesem Wege nur eine Scheinbefriedigung ihres tiefsten Bedürfnisses, des Bedürfnisses nämlich, gesehen, ernst genommen, angenommen und versorgt zu werden. Ihre tiefsten, seit frühster Kindheit schmerzlich enttäuschten Anlehnungs- und Bindungsbedürfnisse blieben und bleiben unerfüllt (*Bowlby* 1975). Insofern hat die Patientin zwar, wenn auch auf furchtbare Weise, ihr psychisches Überleben gesichert, aber letztlich auf Kosten ihrer Integrität und inneren Wahrheit. Die bessere Alternative einer psychotherapeutischen Durcharbeitung stand ihr aufgrund einer drohenden Verlassenheitsangst, also einer tiefen Vernichtungsangst, nicht offen.

4.4. Anthropologischer Ausblick

Was der Schmerz auf der leiblichen Ebene ist, ist das Leiden auf der seelischen Ebene. Ihre gemeinsame, wenn auch nur analoge Struktur ist eine drohende innere Zerreißung oder Desintegration. Beide stellen Alarmsignale dieser Gefahr dar, und sie erfüllen diese Funktion, indem sie die Gefahr existentiell vollziehen, gleichsam unmittelbar nachahmen (existentielle Mimetik). Dadurch erhalten sie ihren eminent dringlichen Charakter und aktivieren alle möglichen Ressourcen, die die Desintegration zu verhindern bzw. die Integration zu erhalten suchen. Um dies zu erreichen, gehen Lebewesen u.U. bis zum Äußersten, ja paradoxerweise bis in den Tod wie im Falle der Suizidhandlung. Das Wesen von Schmerz und Leiden ist darum nur auf dem Hintergrund der ständig zu leistenden, ständig bedrohten Dialektik von Integration und Desintegration des menschlichen Daseins zu verstehen, das nie „festgestellt" ist (Nietzsche). Denn der Mensch ist ein Wesen vieler Welten: als Körper ist er ein Teil des physikalisch-chemischen Kosmos, als Leib gehört er dem vital-animalischen Leben an und als personale Psyche ist er ein Bürger der geistigen Welt. Zwar sind diese Welten im Menschen von Anbeginn harmonisch integriert, aber ihr Zusammenhalt und ihr Wachstum müssen, sollen sie gelingen, vom geistig-personalen Zentrum des Menschen her, von seinem Ich, gewollt, geleistet und gelenkt werden. Das ist ohne Einsicht, Besonnenheit, Maß, Mut, Verantwortung, Verständnis, Geduld und Liebe nicht möglich, ja es bleibt immer ein gefährdetes Unternehmen, das von Krankheit, Schuld, Leiden, Versagen, Missverständnis, Egoismus, Gier, Hass, Unverständnis und von der ewigen Todesdrohung ständig untergraben wird. Und am Ende seines Lebens desintegriert der Mensch unweigerlich im Tod, und was unsterblich überlebt, wissen wir nicht oder ahnen wir nur. Die Menschwerdung war nicht ohne Risiko zu haben: Schon der aufrechte Gang wurde mit dem unsicheren Stand, mit der Überlastung der unteren Körperhälfte und mit der Verkrümmung der Lendenwirbelsäule erkauft; ebenso hatte die Vergrößerung des Gehirns (damit des Kopfes) eine gefährliche Geburt und die frühe Hilflosigkeit des Kindes zur Folge; und die Freiheit schließlich war nur im Tausch mit dem Verlust der Instinktsicherheit zu haben. Gefährdung und dadurch potentielles Leid gehören zum Menschsein konstitutiv dazu, das hat der Mensch auf sich zu nehmen und durch kreative Antworten zu bewältigen und zu überhöhen. Kultur ist nichts anderes als die Überwindung und Überhöhung der conditio humana, in ihr erst kommt der Mensch zu sich selbst und weiß sich als weltschaffendes Wesen, als „kleiner Gott der Welt". Ja es ist sein Auftrag, die Welt zu vergeistigen und in seinem Bewusstsein zur Selbsterhellung zu bringen. Denn in der Tat erwacht die Welt erst im Menschen, wie Schelling tief sah, zu sich selbst. Dazu muss der Mensch als Individuum wie als Kollektiv aber erst zu sich selbst erwachen, eine Aufgabe, der sich Kunst, Wissenschaft, Religion und Philosophie widmen. Solange dies nicht erreicht wird, ist der Mensch nicht bei sich angekommen und verharrt in tiefster Selbstentfremdung, gleichsam metaphysisch fundamental von sich weggerissen. Ist er einmal erwacht, dann steht er erst am Anfang, und es eröffnet sich ein unabsehbarer, endloser Weg zur Fülle des Lebens, die im Hiesigen nie erreicht werden kann. Und darum müssen wir als Therapeuten gar nicht selten sogar in gezielter Weise leiden machen, gewissermaßen mit Desintegration „drohen", um irgendwelche lebensfeindlichen Charakter- und Abwehrpanzer zu erschüttern und neues Wachstum zu ermöglichen. Im Endeffekt steht unser Handeln und Denken aber unter der Forderung, dem Patienten einen Raum zu bieten, in dem er eine wandlungsfähige, flexible, letztlich kreative Form von Integration entwickelt, die es ihm ermöglicht, auf lebensfremd-fixierte Bewältigungsmuster zu verzichten und sich mit innerer Selbstsicherheit auf das bewegte Meer des Lebens zu begeben.

BIBLIOGRAFIE

Bowlby, J. (1975), Bindung, Kindler, München

Buytendijk, F.J.J. (1955), Über den Schmerz. In: Psyche, S. 436-452

Fuchs, T. (2002), Zeit-Diagnosen, Die Graue Edition, Kusterdingen

Gallacchi, G. et al. (2005), Schmerzkompendium, Thieme, Stuttgart

Geißler, P. (Hrsg., 1998), Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis, pfeiffer, München

Gralow, I. et al. (2003), Schmerztherapie interdisziplinär, Schattauer, Stuttgart

Henningsen, P. (2006), Neuro-Psychosomatik, Schattauer, Stuttgart

Heinze, M. (Hg., 2003), Das Maß des Leidens, Königshausen und Neumann, Würzburg

Keller, C. (2004), Schmerz und Depression, Uni-med, Bremen

Lütgehaus, L. (2005), Nichts, Zweitausendeins, Frankfurt a.M.

Nissen, G. (Hrsg., 2003), Affekt und Interaktion, Kohlhammer, Stuttgart

PP, Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (2002), Somatoforme Störungen, Schattauer, Stuttgart

Rassek, M. (1989), Zur Psychosomatik des Schmerzerlebens. In: Fragmente – Schriftenreihe zur Psychoanalyse, Heft 31, GHK Kassel

Schauer, M. et al. (2006), Wiedererfahrung durch Psychotherapie modifiziert Geist und Gehirn. In: Zeitschrift f. Verhaltenstherapie, Neuropsychotherapie, Bd. 16, Heft 2, S. 96-104

Schmitz, H. (1965), Der Leib, H. Bouvier, Bonn, Bd. 2, 1. Teil, S. 338

Wandruszka, B. (2004), Logik des Leidens, Königshausen und Neumann, Würzburg
ders. (2000), Leiden und Last, Vortrag, Würzburg, unveröff.
ders. (2000), Leiden als Selbstentzweiung, Stuttgart, unveröff.
ders. (2000), Die Grundstruktur des Leidens mit besonderer Berücksichtigung ihrer Zeitlichkeit, Vortrag, Heidelberg, unveröff.

Weizsäcker, V.v. (1987), Über die ärztliche Grunderfahrung, Ges. Schriften, Bd. 7, Suhrkamp, Frankfurt a.M.